

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o 494

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 12 Juillet 1898, à 1 heure

Par I.-E. PAPON

Né à Saint-Vincent-Sterlanges (Vendée), le 10 novembre 1873.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉCHIRURES INCOMPLÈTES & RÉCENTES DU PÉRINÉE

et de leur traitement

PAR L'EMPLOI DES **SERRE-FINES**

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

BOUILLY et MAYGRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

494

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 12 Juillet 1898, à 1 heure

Par I.-E. PAPON

Né à Saint-Vincent-Sterlanges (Vendée), le 10 novembre 1873.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉCHIRURES INCOMPLÈTES & RÉCENTES DU PÉRINÉE

et de leur traitement

PAR L'EMPLOI DES **SERRE-FINES**

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

BOUILLY et MAYGRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

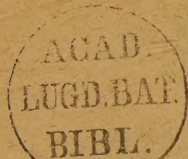
PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	BERGER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	LEJARS.	SEBILEAU.
BAR.	LETULLE.	THIERRY.
BONNAIRE.	MARFAN.	THOINOT.
BROCA.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTHER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	travaux anatomi-	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	ques.	
	REITERER.	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*A tous ceux dont les excellents conseils et les leçons
m'ont servi de guide pendant le cours de mes études,
je dédie ce travail comme un faible témoignage de ma
reconnaissance.*

Parmi les maîtres éminents dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève, nous tenons à remercier ici :

M. LABADIE-LAGRAVE

pour qui notre reconnaissance ne pourra jamais égaler l'extrême bienveillance qu'il ne cessa de montrer à notre égard.

M. ALEX. RENAULT

qui nous donna de nombreuses marques de sympathies durant le temps où nous eûmes l'honneur d'être son externe.

M. MAYGRIER

qu'il nous permette de rendre hommage à l'enseignement si distingué que nous avons reçu de lui, et de le remercier tout particulièrement de ces conseils.

M. LE PROFESSEUR BUDIN

qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Dans le courant de notre séjour à la maternité de l'hôpital de la Charité il nous a été donné de voir dans le service de M. le docteur Maygrier, un certain nombre de déchirures incomplètes du périnée. Nous avons surtout été frappé des brillants résultats obtenus dans le traitement de ces déchirures par l'emploi des serre-fines et nous avons demandé à M. Maygrier de bien vouloir nous permettre d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. C'est donc le résultat de cette étude que nous vous soumettons, nous nous sommes proposé de nous attacher surtout à ce qui avait rapport aux déchirures incomplètes du péri-vien et pour l'étude de ces déchirures nous nous sommes inspiré des remarquables travaux qui ont été publiés dans le courant de ces dernières années par nos maîtres des hôpitaux et en particulier MM. Budin, Tarnier, Chantreuil, Maygrier, Doléris, Bonnaire, Charpentier, Auvard, Boissard, etc. Nous avons fait notre possible pour mettre en œuvre dans ce travail les matériaux que

nous avons pu amasser pendant le temps que nous nous sommes livré à l'étude des accouchements, mais ils sont bien peu de choses auprès de tous ceux que nous ont donné les maîtres dont je viens de parler,

II

Causes et mécanisme des déchirures incomplètes du périnée.

Nous serons assez bref sur les causes des déchirures du périnée, nous nous bornerons seulement à les énumérer, car cette partie de notre sujet a déjà été bien étudiée dans des travaux antérieurs. Nous n'en parlerons donc que pour être complet. Nous insisterons un peu plus sur le mécanisme des déchirures car il nous semble que c'est là une question que l'on ne saurait trop bien posséder ; si nous connaissons en effet comment et quand elles se produisent, il nous sera parfois possible de les éviter.

On peut envisager de trois façons les causes qui amènent une déchirure du périnée.

— Celles qui tiennent à une disposition spéciale des parties maternelles.

— Celles qui viennent du fœtus.

— Celles qui sont dues à une intervention de l'accoucheur.

D'abord, quelle est la fréquence des déchirures du périnée? Presque tous les accoucheurs sont d'accord pour admettre qu'on les rencontre environ 30 fois % chez les primipares et 10 fois % chez les multipares.

Il est certaines femmes chez lesquelles les déchirures du périnée ne sauraient être évitées, elles sont comme prédisposées aux déchirures, leur peau manque de souplesse, elle est sèche, rigide, ne se laisse que très difficilement distendre. Il en est qui présentent une étroitesse et une rigidité de la vulve telles que c'est pour elles que l'on avait songé à faire les épisiotomies, dont il sera question plus loin. Parmi les primipares, celles qui sont le plus prédisposées aux déchirures sont les primipares âgées. Chez elles, en effet, le périnée se laisse difficilement distendre, car les tissus manquent de souplesse et d'élasticité; la tête éprouve d'autant plus de difficultés à se dégager que les parois du vagin, elles aussi, sont difficilement dilatables et présentent une étroitesse particulière. On en fait surtout l'observation chez les femmes âgées de 30 ou 40 ans. Les albuminuriques qui font de l'infiltration dans tous leurs tissus, auront bien plus souvent que les autres des déchirures du périnée, les tissus infiltrés en effet ne peuvent opposer une bien grande résistance. La forme du périnée n'est pas indifférente non plus: dans les périnées trop flasques l'engagement se fait mal, la rotation reste incomplète, de telle sorte

que les grands diamètres de la tête ne correspondent plus aux grands diamètres de la vulve. — Si le périnée est trop étroit, la distension n'est pas suffisante ; s'il est trop court, la tête progresse trop vite, et elle ne donne pas le temps aux fibres musculaires du périnée de se distendre suffisamment ; s'il est trop long, la vulve est orientée en haut et en avant, alors la tête ne parvient pas à se défléchir (1).

D'autrefois il faut aller chercher la cause des déchirures dans une difformité ou une anomalie du bassin osseux, ainsi par exemple une saillie trop forte de l'angle sacro-vertébral. Une inclinaison exagérée du détroit supérieur, un défaut de courbure du sacrum, une faible solidité de l'articulation coccygienne, l'étroitesse de l'arcade pubienne, une longueur exagérée de la symphyse. Toutes ces causes produisent des déchirures dont le mécanisme est facile à déduire, différent suivant la cause (1).

Lorsque du côté des parties maternelles rien n'aurait pu faire songer à une déchirure, c'est souvent du côté du fœtus qu'est venu le mal. On a signalé la petitesse exagérée du fœtus ; ainsi il n'est pas rare de voir une déchirure du périnée dans un avortement de six mois, par exemple, l'explication que l'on donne de ce fait est la suivante : le travail a tellement marché vite que le périnée s'est en quelque sorte laissé sur-

(1) Thèse de Boissard.

(2) Thèse Latouche, Paris, 1886.

prendre, lorsqu'il se distend, il lui faut longtemps pour se distendre, et il a cédé devant une poussée brusque à laquelle il n'était pas préparé. Lorsque la tête est trop grosse, que le périnée a donné tout ce qu'il était capable de donner, et que malgré cela la tête ne se dégage pas, il est facile à comprendre qu'une déchirure sera inévitable. Je ne parlerai pas ici des accidents causés par l'hydrocéphalie, qui sont des exceptions.

Il n'est pas rare de voir des déchirures du périnée lorsque l'accoucheur est obligé d'intervenir, soit pour faire une version soit pour faire un forceps. Quand il se décide ordinairement à intervenir, c'est qu'il faut hâtivement terminer l'accouchement, soit dans l'intérêt de la mère, soit dans celui de l'enfant, alors, ainsi que nous l'avons dit plus haut, on doit faire passer un fœtus à travers un orifice externe qui préalablement n'a pas été distendu, il est donc très naturel qu'il se produise alors des déchirures. On observe souvent un processus analogue dans les basiotribsies et les céphalotribsies.

Lorsque chez une primipare on fait un forceps à la vulve parceque la résistance du périnée ne permet pas à la tête de se dégager, on revient aux cas cités plus haut, de déchirures par trop grande résistance du périnée.

« Qu'il s'agisse d'un accouchement spontané ou d'une extraction à l'aide de la main, du forceps ou d'un autre instrument, la sortie du fœtus doit toujours s'opérer lentement, progressivement, sous peine de

lésions plus ou moins étendues. » Tel est le conseil que donne M. Maygrier dans le troisième volume du *Traité de l'Art des Accouchements*, de Tarnier et Budin. Je le mets en tête de ce qui a rapport au mécanisme des déchirures, car c'est trop souvent en oubliant d'aller « lentement et progressivement » dans le courant des manœuvres obstétricales, que l'on arrive à un mauvais résultat qui aurait pu être évité sans cela.

Le moment où se produit la déchirure du périnée est différent selon les parties qui se présentent à la vulve. Si on a affaire à un accouchement par le sommet, ce sera au moment du passage du front, parce que c'est à ce moment que le plus grand diamètre, le sous-occipito frontal, se dégage. Dans les accouchements par la face, ce sera au moment du dégagement de l'occiput, le plus grand diamètre étant le S. M. O. Toutefois dans les accouchements par la face on observe plus fréquemment des déchirures du périnée, parce que le D. S. M. O. est 2 centimètres plus long que le diamètre S. O. F.

Lorsque la tête est passée sans déchirer le périnée, celui-ci n'est pas encore sauf, car on le voit souvent céder au moment du passage des épaules, on peut parfois le garantir en faisant dégager d'abord l'épaule postérieure, ce que l'on obtient en relevant la tête, ce n'est plus alors le diamètre bi-acromial qui passe, mais le cervico-acromial, l'épaule antérieure venant se loger derrière le pubis. .

Le docteur Couder nous a fait connaître un procédé inverse, il consiste à dégager d'abord un bras et à substituer au diamètre bi-delhoïde un diamètre axello-delhoïdien.

Dans les accouchements par le siège, le périnée pourra se rompre soit au moment du passage des épaules, soit au moment du dégagement de la tête dans le diamètre S. O. F.

Dans certains cas de présentation du sommet, lorsque le sous-occiput ne se place pas directement sous la symphise, il arrive que le diamètre S. O. est remplacé par les diamètres O. B. et O. F., plus long que le S. O., alors la déchirure se produit.

Tels sont les principaux temps de l'accouchement pendant lesquels on aura à redouter de voir survenir une déchirure du périnée.

III

Diverses formes des déchirures incomplètes du périnée.

Nous avons vu a propos de l'étude du mécanisme des ruptures du périnée, quand et comment elles se produisaient, à quel temps de l'accouchement elles correspondaient. Nous allons maintenant étudier en quoi consiste la déchirure en elle-même, quelle est la lésion qui constitue cette déchirure et quelle est son mode habituel de se produire. Pour cette étude nous nous sommes inspiré des travaux de M. Budin, qui a depuis longtemps déjà élucidé cette question.

Le premier, il a démontré que l'hymen n'était pas une membrane spéciale indépendante du canal vaginale, ainsi qu'on le croyait, mais qu'au contraire, ce n'était que la prolongation du vagin qui venait faire saillie au niveau des petites lèvres à la manière d'un doigt de gant qui aurait été percé, de telle sorte, que l'orifice du vagin ne devait pas être placé, où on le plaçait ordinairement, en dedans de l'hymen, car le

véritable orifice externe du vagin était l'orifice hymenal lui-même. En démontrant cela il prouvait qu'il existait entre les parois du vagin et les parois de l'hymen d'intimes connections ; et qu'il existait aussi d'intimes connections entre l'hymen et la muqueuse de la vulve qui venait elle-même faire partie de l'hymen sur sa paroi externe. Comme, d'autre part, la peau du périnée vient directement faire suite à la muqueuse de la fosse naviculaire, il est aisé de comprendre même sans observer les faits, qu'il y a là tout un système intimement lié, et que si une déchirure doit se produire ce sera au point le plus faible. Or il se trouve que ce point faible, est justement celui qui doit supporter la pression la plus forte de la part du fœtus. Je veux parler de l'orifice hyménéal ou pour mieux dire de l'orifice externe du vagin, car c'est vers lui, pour obtenir une plus large dilatation que convergent tous les efforts. Donc lorsqu'il ne pourra plus résister aux pressions devenant de plus en plus vives, il va céder, et on verra des déchirures se produire, il est rare qu'il n'en s'en produise qu'une seule, ordinairement elles sont plusieurs. Les unes sont disposées sur les parties latérales et de là peuvent se continuer soit vers les petites lèvres, parfois même jusqu'au grandes lèvres, ou vers le clitoris. Les autres occupent la partie postérieure de l'orifice hymœneale, ce sont celles qui nous intéressent surtout, car suivant les cas elles vont ou n'attaquer que l'hymen ou gagner la fourchette, c'est-à-dire traverser de haut en bas et d'avant en arrière la fosse navicu-

laire et gagner la commissure postérieure, ou encore aller plus loin entamer le périnée, jusqu'aux fibres externes du sphincter anal, en intéressant aussi une partie de la paroi vaginal. Ce sont ces dernières déchirures que l'on a surtout qualifié de déchirures incomplètes.

« Le plus habituellement médianes, ces déchirures dissocient successivement les deux muscles bulbo-caverneux les fibres antérieures du releveur coccy-périnéal, les deux transverses et elles arrivent au sphincter externe de l'anus. Tant que les fibres les plus internes de ce collier musculaire sont respectées la déchirure demeure incomplète. L'anus est-il ouvert en avant la déchirure est complète. »

Dans la majorité des cas les choses se passent ainsi qu'il a été dit plus haut. Chez presque toutes les primipares, il y a une déchirure de l'hymen, et cette déchirure, qui comme le dit Pajot est le coup de ciseaux donné dans l'étoffe par l'employé de magasin est susceptible de s'augmenter ou de rester stationnaire suivant les cas. Duncan avait affirmé que la déchirure postérieure médiane était constante chez les primipares, c'est-à-dire que chez toutes il y avait une déchirure de la fourchette. Cependant, M. Budin, cite un exemple d'une primipare accouchant d'un enfant pesant 4.720 grammes dont la commissure de la vulve et même la fosse naviculaire, étaient restées intactes. Mais il existait trois déchirures latérales. De ce que les déchirures du périnée commencent presque toujours

par celles de l'orifice hyménéal, il ne s'en suit pas qu'il en soit ainsi pour celle de la vulve, on observe en effet assez souvent des déchirures des grandes lèvres ou des petites lèvres qui sont indépendantes des déchirures de l'hymen.

La direction des déchirures du périnée qui commence à l'hymen est le plus souvent médiane. Cependant il n'est pas rare de leur voir prendre une direction latérale soit à droite soit à gauche, et dans ce cas, les déchirures resteront presque toujours incomplètes car elles auront moins de tendance à aller vers le spincter de l'anüs.

Les déchirures commençant par l'orifice hyménéal pour être les plus fréquents ne sont pas les seules que l'on observe durant l'accouchement. Il en existe une autre variété à laquelle on a donné le nom de déchirure centrale du périnée; elles apparaissent en effet à la partie moyenne du périnée, entre l'anüs d'une part et la commissure postérieure de l'autre.

C'est à M. Budin que nous devons encore l'explication du mécanisme de ces déchirures. Elles s'observent surtout chez les primipares dont l'orifice externe du vagin offre une résistance trop grande, que les contractions ne peuvent vaincre, alors le périnée cède autre part, ou la tête le sollicite davantage. Il y a actuellement dans le service de M. Maygrier à l'hôpital de la Charité, une femme dont on lira plus loin l'observation, qui au moment du dégagement de la tête a eu une

déchirure médiane du périnée qui s'est continué ensuite jusqu'à la fourchette.

M. Tarnier cite un cas dans lequel l'orifice vaginal n'avait absolument rien, mais la femme présentait en arrière et en bas s'étendant vers la gauche une large ouverture ; cette ouverture remontait en haut vers la partie latérale droite de la vulve ; à quelque distance en arrière de l'orifice vaginal on trouvait la déchirure correspondante sur la paroi vaginale.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des déchirures du périnée s'observant chez les primipares. On en rencontre pourtant aussi chez les multipares puisque la statistique donne une moyenne d'environ 10 o/o.

Chez elles les déchirures commencent la plupart du temps dans les environs de la fosse naviculaire à l'orifice vaginal externe. Mais souvent ces femmes ont eu déjà des déchirures à leurs accouchements antérieurs et comme on l'a dit à juste titre une déchirure du périné en appelle une autre.

IV

Complications consécutives aux déchirures du périnée incomplètes.

Nous ne dirons rien des déchirures complètes du périnée, dont l'étude n'entre pas dans le cadre de ce travail. Cependant une grande partie des complications des déchirures incomplètes, dont nous allons parler, leur sont aussi applicables,

Ces complications sont de trois sortes : ou elles se produisent aussitôt après l'accouchement, elles sont alors dites primitives ; ou elles se produisent dans les quelques jours qui suivent l'accouchement, ce sont les complications secondaires ; ou enfin leur effet se fait sentir dans un temps plus éloigné, ce sont les complications tardives.

La plus fréquente des complications primitives des déchirures est l'hémorrhagie, toutefois cette complication n'est jamais bien grave dans les déchirures incomplètes du périnée, elle est plus grave lorsqu'elle intéresse les veines variqueuses de la vulve ou le clitoris.

Quelquefois, par phénomène reflexe, les malades sont atteintes de dysurie, ces complications la plupart du temps sont de peu d'importance.

Il n'en est pas de même des conséquences secondaires, presque toujours d'ordre infectieux.

Il n'est pas rare, consécutivement à une déchirure du périnée chez une femme qui n'a pas pris de précautions antiseptiques, et chez laquelle rien n'a été tenté pour affronter les lèvres de la plaie, de voir se développer une inflammation locale, et on cite souvent le cas de Tarnier et Bailly, rapporté par M. Budin (Thèse d'agrégation, pag. 40), dans lequel les auteurs disent avoir vu, à la suite d'une simple déchirure siégeant sous l'arcade pubienne, apparaître un phlegmon au dessus du pubis. Aussitôt que chez une nouvelle accouchée on voit survenir un frisson et la température s'élever, il ne faut pas oublier de bien inspecter le périnée et la vulve, car souvent on trouvera là le corps du délit. Les plaies vulvaires sont presque toujours recouvertes d'un enduit grisâtre, ayant une grande analogie avec les fausses membranes diphtériques. M. Vidal donne dans sa thèse (Paris 1888) le résultat des études qu'il a faites à ce sujet, et dit qu'il a rencontré dans cet enduit de riches colonies microbiennes, parmi lesquelles se trouvaient en quantité des streptocoques pyogènes, microbes de l'infection puerpérale commune.

Les complications tardives sont celles que l'on observe à la suite de déchirures du périnée imparfaite-

ment soigné, ou lorsque les soins qui ont été donnés n'ont pu faire que le périnée puisse remplir après sa déchirure le rôle des soutiens des organes du bassin, qu'il remplissait avant. « Lorsqu'il s'agit dit Berlin, d'examiner un utérus, beaucoup songeront d'emblée au toucher, à l'hystérectomie, peu s'occuperont de l'examen du périnée. Et pourtant un utérus malade est souvent un utérus mal soutenu. C'est de là que viennent la flaccidité, la largeur, la béance du vagin ». Un utérus qui n'est plus soutenu tend à se redresser, puis à basculer en arrière. En même temps il s'abaisse peu à peu et entraîne avec lui la paroi antérieure du vagin et la vessie. Plus tard viendront la paroi postérieure du vagin et du rectum. Fréquemment on a observé de l'endométrite chez les femmes qui n'ont pas un périnée suffisant, cela tient surtout de ce que le périnée ne peut plus jouer le rôle de protecteur qui lui était dévolu, et qu'il laisse les organes s'exposer davantage aux organismes pathogènes. Je veux bien que ces accidents graves en somme, s'observent surtout après des délabrements sérieux, mais qui sait les conséquences que peut avoir une déchirure incomplète du périnée mal guéri, chez une femme déjà prédisposée à faire du prolapsus utérin.

Une complication tardive qui est aussi la conséquence des déchirures du périnée pour lesquels les soins n'ont pas été très attentifs, est la cicatrisation vicieuse. Cette cicatrisation vicieuse sera pour la femme, postérieurement la cause de beaucoup de gêne, si ce n'est

de douleur, et si, de nouveau, elle devient enceinte, elle verra probablement se reproduire sa déchirure, car ainsi que nous l'avons déjà dit, une déchirure en appelle une autre.

V

Du Traitement des déchirures incomplètes et récentes du périnée.

Nous nous occuperons surtout dans ce travail du traitement curatif des déchirures incomplètes du périnée. Pour ce qui est du traitement préventif, c'est-à-dire ce qui concerne la conduite à tenir pendant la période d'expulsion, cette partie a été magistralement traitée par M. Budin. (Leçon de clinique obstétricale, page 57). Nous ne dirons qu'un mot des incisions préventives qui ont été pendant un temps recommandées afin d'éviter une déchirure complète du périnée dans certains cas. Je veux parler des incisions latérales, médianes, et médio latérales. Ces procédés sont presque complètement délaissés aujourd'hui; toutefois, si nous voulions employer une des méthodes ci-dessus, c'est à celle de Tarnier que nous aurions recours: l'incision médio-latérale, qui consiste à commencer l'incision sur la ligne médiane à partir de la partie inférieure de l'orifice externe du vagin, se dirigeant

vers l'anus puis arrivée à 1 cent. 1/2, se terminant par deux incisions en forme de V. De cette façon, on est sûr d'éviter une déchirure complète.

Quand au traitement curatif, celui qui nous occupe tout particulièrement, nous donnerons celui que nous avons vu mettre en usage à la Maternité de l'hôpital de la Charité, dans le service de M, Maygrier. Ce sont les résultats excellents qui ont été obtenus à l'aide de ce traitement, qui nous ont suggéré l'idée de cette thèse.

« A côté des déchirures complètes intéressant en totalité le sphincter, il existe toute une série de lésions vagino-périnéales, moins étendues qui nous paraissent justiciables d'un traitement plus simple que la périnéoraphie, qui est toujours quoiqu'on veuille bien dire une véritable opération, incontestablement douloureuse et nécessitant au moins un aide; ce moyen plus simple consiste dans l'emploi de serres-fines qui peuvent être appliquées par les sages-femmes et doivent se trouver entre les mains de tous ceux qui sont appelés à assister une parturiente. »

C'est ainsi que s'exprime M. Boissard, dans un article intitulé *Nouvelles serres-fines*, publié en mai 1896, dans l'obstétrique.

En quoi consiste donc le traitement des déchirures du périnée par l'emploi des serres-fines. Il est de la plus grande simplicité.

Lorsque l'on se trouve en présence d'une déchirure incomplète récente du périnée, on cherche à affronter

avec les doigts, les bords de la plaie ou des plaies s'il en existe plusieurs, et ceci fait, on pose sur les parties affrontées une ou plusieurs serres-fines, qui maintiennent le tout en place, on s'efforce, au moment de l'affrontement que toutes les parties soient bien dans leur état normal, de manière à avoir une réunion aussi parfaite que possible. Voilà tout le traitement. Dans un chapitre suivant, je décrirai le manuel opératoire et les soins consécutifs à donner afin de tout mener à bien.

Lorsque les serres-fines sont placées, on lie au moyen d'un lien quelconque, une serviette par exemple, les jambes de la femme, afin qu'un écartement intempestif des cuisses ne vienne pas mettre obstacle à la réunion.

Quelles sont maintenant les déchirures qui doivent être ainsi traitées? nous répondrions volontiers, toutes les déchirures incomplètes; toutes celles qu'il nous a été donné d'observer pendant notre séjour dans le service de M. Maygrier, ont été traitées de cette façon, et pour aucune nous n'avons eu à enregistrer d'insuccès, pour toutes les déchirures intéressant la fourchette pour toutes celles plus ou moins étendues du côté de l'anus jusqu'aux fibres externes du sphincter anal, les serres-fines sont indiquées. Lorsque, coïncidant avec des déchirures du périnée, ou même sans cela, nous avons trouvé des solutions de continuité de moyenne étendue, soit sur la muqueuse vaginale, soit sur celle de la vulve, sur les grandes et sur les petites

lèvres, nous nous sommes servi des serres-fines, afin de les faire disparaître et toujours nous avons obtenu un bon résultat.

Il nous a été donné de voir dans le service une déchirure primitivement centrale, qui avait ensuite gagné l'orifice externe du vagin. Pour cette déchirure, l'emploi seul des serres-fines a suffi à tout remettre en place.

Cependant il est certains cas où les serres-fines nous semblent contre indiquées : ce sont ceux où les bords de la plaie sont enfractueux et se réunissent mal, dans tous les cas, il sera préférable d'avoir recours aux sutures, il en sera de même, lorsque la déchirure quoique incomplète, présentera de grands délabrements lorsqu'elle s'étendra trop loin dans la profondeur. C'est alors à l'accoucheur de juger ce qu'il y aura lieu de faire. Mais nous le répétons, dans la majorité des cas, les serres-fines seront suffisantes.

Les avantages de ce mode de traitement sur les sutures sont nombreux et méritent d'être pris en considération par les accoucheurs. Tout d'abord, il est presque sans douleur, souvent même la pose d'une ou plusieurs serre-fines, passe presque inaperçu de la parturiente, on n'en pourrait pas dire autant des piqûres faites avec l'aiguille de Reverdin, par exemple, « lorsque l'on pratique la suture, il n'est pas rare de voir l'entourage et les malades s'effrayer au seul mot de périnéoraphie, et souvent même on n'est pas loin d'accuser l'accoucheur de maladresse » (1). Une lésion

(1) Boissard.

capable d'être réunie avec seulement quelques serre-fines, paraîtra toujours moins grave et on ne s'en effrayera pas. De plus, on n'a besoin d'aucun aide et il est inutile d'avoir recours soit au chloroformé soit à la cocaïne. En résumé, puisque le résultat obtenu avec les serre-fines est au moins aussi bon que celui obtenu par les sutures, qu'il est beaucoup plus simple et plus commode. Pourquoi ne l'emploierait-on pas.

On a fait des reproches aux serre-fines. Pour les uns, elles ne présendaient pas toutes les garanties nécessaires, elles ne tenaient pas bien accolés les bords de la plaie et souvent on les retrouvaient détachées dans le pansement, sans avoir produit aucun résultat. Pour les autres, elles provoquaient du sphacèle, donc au lieu de faire disparaître la lésion existante, elles en créaient une nouvelle. Toutes ces objections ont leur valeur, mais il est facile d'y répondre, certains ont obtenu de mauvais résultats avec les serre-fines. C'est qu'ils ne se servaient pas d'instruments appropriés, les uns n'atteignaient pas le but, les autres le dépassaient.

Nous allons, dans le chapitre suivant, faire en quelque sorte l'histoire des serre-fines et indiquer quelles sont celles que l'on doit employer de préférence.

VI

Les Serre-fines.

C'est à Furnari que l'on doit l'usage de la serre-fine. Pendant un voyage en Afrique, ce chirurgien vit, non sans quelque surprise, que les indigènes tentaient quelquefois la réunion des lèvres d'une plaie en faisant mordre les lèvres afin de supprimer la solution de continuité, par un insecte (scarite pyracmon) dont la tête est garnie de deux maubidules aiguës qui restent serrées après la mort.

De retour en France, Furnari fit construire un petit croissant en acier élastique imitant les manbidules de l'insecte. A partir de ce moment, aucun changement ne se fait quand M. Vidal (de Cassis) la perfectionna pour l'emploi de réunion dans l'opération du phimosis.

La serre-fine de Vidal est une pince à pression continue formée d'un fil d'argent contourné à sa partie médiane en deux spirales qui forment ressort. Chacune des branches décrit un S ; l'ensemble de l'instrument

décrit un huit de chiffre, de telle sorte que les crochets se rencontrent par leur extrémité ; si l'on exerce une pression sur l'anneau supérieur du 8, les érochets s'écartent et ils se rapprochent spontanément dès que la pression cesse.

On s'en servit alors comme moyen hémostatique, de façon que la *serre-fine* se trouve être en quelque sorte l'ancêtre de notre pince hémostaque actuelle, la pince à forcipressure.

Les *serre-fines* furent construites selon différentes grandeur et numérotées de 1 à 6.

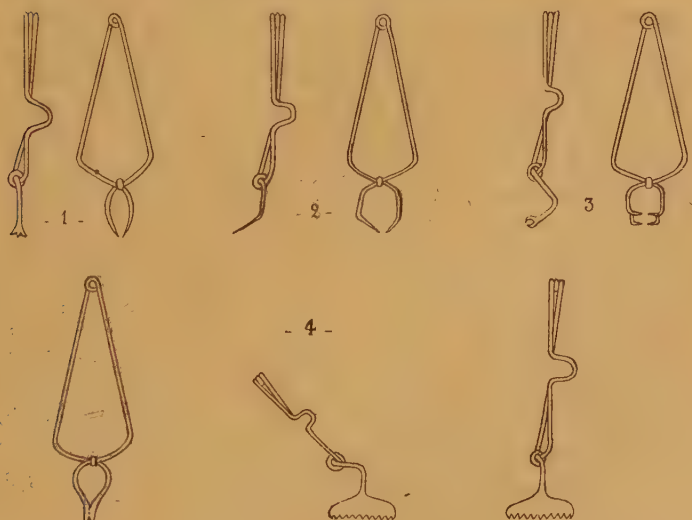
Celles dont on se sert dans le service d'accouchement correspondraient à peu près au numéro 4 ou 5 ; elles ont une longueur de 3 à 4 centimètres.

(On trouvera ci-contre un modèle des différentes formes de *serre-fines* employées).

Les qualités de la *serre-fine* résident dans sa forme, principalement dans la forme du mors. Les premières dont on s'est servi (*fig. 1*) étaient construites d'une façon générale comme celles que l'on fait aujourd'hui : en forme de 8 de chiffre ouvert à l'une de ses extrémités. L'extrémité opposée au mors est tournée en forme de ressort, et l'entrecroisement du 8 est maintenu par un anneau dans lequel passent les deux branches ; lorsque l'on appuie sur la branche de la partie formant ressort, l'extrémité opposée se détend ; lorsque l'on n'appuie plus les becs de la *serre-fine* se rapprochent.

Dans la *serre-fine* (*fig. 1*), le mors est très étroit, très peu large ; de plus, les dents sont peu profondes

et les branches montantes du mors sont assez rapprochées l'une de l'autre. A la rigueur, on pourrait s'en servir; cependant elle ne peut donner qu'un affrontement tout à fait superficiel, et le résultat obtenu ne serait pas satisfaisant, aussi ne la conseillons-nous pas. Nous ne conseillerons pas non plus la serre-fine représentée (*fig. 2*); elle ne possède qu'une dent à son mors. Il est donc aisé de comprendre qu'elle affrontera très difficilement les bords d'une plaie; de plus, n'ayant qu'un seul point d'appui, elle sera forcément mobile autour de ce point, et elle suivra les mouvements qui lui seront imprimés, soit au moment de la toilette du vagin, soit au moment du pansement.



La (*fig. n° 3*) est la serre-fine que Boissard a fait construire. Son but est de voir réunir les déchirures profondes et incomplètes du périnée. Elle

ne diffère des autres serres-fines déjà décrite que par son mors, dont chaque branche est munie de deux crochets aigus dont les pointes sont assez longues pour pouvoir pénétrer jusque dans les plaies profondes. Nous n'avons jamais eu l'occasion de nous servir de cette serre-fine. Nous pensons cependant qu'elle n'est pas inutile et qu'elle peut rendre des services dans les cas où la serre-fine plate dont nous allons nous occuper maintenant, serait insuffisante, et comme le dit lui-même M. Boissard, ses serres-fines et celle de M. Budin se complètent l'une l'autre.

La serre-fine que nous avons toujours employée est celle dont se sert M. Budin ; elle est représentée (*fig. 4*) Les mors sont pleins et plats munis de dents très fines ; la longueur du mors est de un centimètre environ, de telle sorte que la serre-fine affronte par elle-même les bords de la plaie sur une longueur assez considérable. Les branches sont coudées à angle aigu sur le mors, ce qui facilite le placement de la serre-fine, car les doigts de l'opérateur pressant les branches, ne l'empêchent pas ainsi de voir ce qu'il fait. La force du ressort est combinée, de telle sorte que la pression ne puisse produire de sphacèle. De plus, les dents du mors de la serre-fine sont si petites qu'elles ne provoquent aucune douleur lorsqu'on la pose, tout en étant suffisantes pour l'empêcher de glisser et pour bien la maintenir en place.

VII

Soins à donner aux déchirures incomplètes du périnée, réunies par des Serre-fines.

Lorsque pendant l'accouchement il se produit une déchirure du périnée incomplète, et que l'on se décide à y remédier par l'emploi des serres fines, on attend avant de chercher à accoler les bords de la plaie, que la femme soit délivrée. Alors, lorsque la femme ne perd plus, que l'utérus est bon, que l'on n'a plus aucun souci de ce côté, on procède à une toilette soignée de la vulve et du périnée et particulièrement de la région où se trouva la plaie ; quand on a fait une antiseptie suffisante, on cherche de la main gauche à accoler les bords de la plaie que l'on maintient ainsi, puis de la main droite on saisie une serre-fine qui a préalablement bouillie, et qui est conservée dans un liquide antiseptique, l'eau phéniquée par exemple, on la place de manière qu'elle vienne remplir l'office de la main gauche qui affrontait

les lèvres de la plaie. On place ainsi autant de serres-fines, qu'il est nécessaire, pour que toute la plaie soit bien affrontée. Il existe parfois concurremment des éraillures ou des déchirures de la vulve, on les réunit de la même façon. Pour placer les serres-fines la femme est placée dans la position la plus commode, d'après la forme et la situation de la déchirure, tantôt un simple écartement des cuisses suffira, d'autrefois il faudra la faire coucher sur le côté, la jambe intérieure allongée, l'autre repliée comme quand on veut procéder à l'examen ordinaire du périnée. Enfin, il peut se faire pour opérer plus à l'aise que l'on soit obligé de la placer dans la position obstétricale.

Les serres-fines une fois placées, on soupoudre très légèrement d'iodoforme et on recouvre de gaze iodoformée, que l'on a soin de faire un peu pénétrer dans l'orifice vaginal, on maintient le tout avec de la ouate et un bandage en T.

De douze à quinze heures après l'accouchement on défait le pansement et on enlève les serres-fines, à ce moment les déchirures sont reprises, et il est facile d'en voir la trace. On refait un pansement à la gaze iodoformée, que l'on change à chaque toilette de la femme. Au bout d'une douzaine de jours, lorsque la femme quitte le service, le périnée est dans la plupart des cas, revenu à son état normal, souvent même on a de la peine à distinguer la trace des déchirures.

Il faut avoir soin pendant une durée de quatre ou cinq jours de tenir les jambes de la femme, rapprochées

l'une de l'autre, au moyen d'une serviette ou de tout autre lien.

OBSERVATION I

L..., 23 ans. Primipare. Entré dans le service de M. Maygrier, le 16 mars 1898, à 10 heures matin.

Conformation du bassin : normal, urines très léger, nuage d'albumine.

Apparition des premières douleurs, 16 mars 1898, 8 heures matin.

Entrée à la salle d'accouchement, 16 mars 1898, 11 heures matin.

Dilatation à l'entrée. Diamètre de l'orifice du col : 3 cent 1/2, 16 mars 1898, 12 h. 20, soir.

Rupture des membranes spontanée à dilatation complète.

Liquide amniotique : normal.

Présentation et position : sommet en O I G A.

Battement du cœur foetal normaux.

Terminaison : Date et heure, 16 mars 1898, midi 30 ; mode spontané. Position, O. P.

A terme.

Durée du travail : 4 heures. Les contractions ont été très énergiques et une seule a suffi pour dégager à la fois le front, le nez et le menton.

Etat du périnée : On constate alors une déchirure vulvo-périnéale, intéressant le périnée presque en entier, mais laissant indemne le spencter anal, il y a en outre une petite déchirure siégeant à la partie inférieure de la petite lèvre droite et une autre à la partie supérieure de la petite lèvre gauche. Aussitôt après la délivrance, quatre serre-fines sont mises sur les déchirures.

deux sur le périnée, deux sur les petites lèvres, de manière à bien affronter les bords de la plaie. On les enlève 17 mars à 6 h. 1/2 du matin, les bords de la plaie restent accolés.

Délivrance : 1 h. 5, mode, naturel.

Enfant. — Sexe masculin :

État général, bon ; poids, 3390 gr. ; longueur totale, 50.

Diamètre de la tête : O M 13,5 ; O F 11,5 ; S O B 9,5 ;
B P 9,5 ; B T 7,7.

Sortie de l'hôpital le 26 mars 1898, en excellent état. Les déchirures du périnée et des petites lèvres ont complètement repris et on en retrouve à peine la trace.

OBSERVATION II

Ch..., 20 ans, primipare, entrée dans le service de M. Maygrier, le 11 mars 1898, à 2 heures du soir.

Conformation du bassin...?

Urine normale.

Apparition des premières douleurs, 10 mars 1898, à minuit.

Entrée à la salle d'accouchement, 11 mars 1898, à 2 h. 1/2 du soir.

Dilatation : à l'entrée, diamètre de l'orifice, 1 cent. 1/2 ; complète, 11 mars 1898, à 7 h. 30 du soir.

Rupture des membranes spontanée, à 7 h. 30 du soir.

Liquide amniotique normal.

Présentation, position sommet G A.

Battement, cœur fœtal, normaux.

Terminaison : Date et heure, 11 mars 1898, à 7 h. 55 du soir ; mode naturelle ; position O P.

A terme.

Durée du travail, 19 h. 55.

État du périnée : Au moment où la déflexion de la tête commence, le périnée se distend énormément, et malgré tous les efforts faits pour le soutenir, une déchire centrale apparaît un peu au dessous de la fourchette, puis au bout d'un instant une fissure apparaît latéralement, qui réunit, à la commissure postérieure, la déchirure primitivement centrale. On fait, après la délivrance, une antiseptie rigoureuse de la plaie, on pose deux serre-fines qui en affrontent les bords et on fait un pansement antiseptique. On enlève les serre-fines, douze heures après on constate que les bords de la plaie restent parfaitement affrontés.

Délivrance : 8 h. 19 du soir, mode naturel.

Enfant : Sexe masculin.

État général, bon ; poids, 3570 gr. ; longueur totale, 51.

Diamètre de la tête : O M 13 ; O F 11,3 ; S O B 10,3 ; B P 10 ; B T 8,6 ;

La femme sort de l'hôpital le 29 mars, son état général est bon, on ne retrouve plus trace de la déchirure du périnée.

OBSERVATION III

B..., 27 ans, multipare, troisième grossesse, entrée dans le service de M. Maygrier, le 19 avril 1898, à 9 heures du matin.

Conformation du bassin, face antérieure du sacrum accessible ;

Urine normale ;

Apparition des premières douleurs, 16 avril 1898, à 10 h. 30 du matin.

Entrée à la salle d'accouchement, 19 avril 1898, à 9 h. 30 du matin.

Dilatation : à l'entrée dans la salle 2 cent. 1/2 ; complète, 19 avril 1898, à 11 h. 50 du matin.

Rupture des membranes spontanée à 11 h. 45 du matin.

Liquide amniotique normal.

Présentation et position sommet O I G T ; engagement, tête fixée à la partie supérieure de l'excavation.

Battements cœur fœtal normaux.

Terminaison : Date et heure, 19 avril 1898, à midi 36 ; mode naturel ; position O P.

A terme.

Durée du travail, 12 heures. — Après le dégagement de la tête, on tourne l'occiput vers la gauche et on se prépare à faire le dégagement des épaules ; on constate alors que le périnée est intact. Au moment du dégagement de l'épaule postérieure, on voit le périnée céder.

État du périnée : Il existe une déchirure s'étendant plutôt en surface qu'en profondeur, de la fosse naviculaire, jusqu'à 2 centimètres en arrière de la commissure postérieure. Afin de bien affronter les bords de la déchirure, on pose trois serre-fines, après avoir préalablement fait la toilette de la plaie, et on recouvre le tout d'un pansement à la gaze iodoformée. Dix heures après, on enlève les serre-fines et on constate que les bords restent parfaitement accolés.

Enfant. — Sexe masculin.

État général bon ; poids, 3390 gr. ; longueur totale, 51 centimètres.

Diamètre tête : O M 14,5 ; O F 11,8 ; S O B 9 5 ; B P 9,1 ; B T 7 7.

La femme sort de l'hôpital le 29 avril sur sa demande ; son état général est bon. Son périnée s'est très bien reformé.

OBSERVATION IV

Je dois cette observation à M^{lle} Michel, sage-femme de la Maternité de la Charité, qui s'est spécialement occupée de cette femme, et qui a eu même l'occasion de la revoir depuis sa sortie de l'hôpital.

M^{lle} X..., 27 ans, employée de commerce, primipare.

Entrée dans le service de M. Maygrier, à l'hôpital de la Charité, le 26 mars 1898, à 6 h. 1/2 du matin.

Conformation du bassin normale.

Urine, nuage d'albumine.

Apparition des premières douleurs, 25 mars 1898, à 9 heures du soir.

Entrée à la salle d'accouchement, le 26 mars, à 7 heures du matin.

Dilatation : À l'entrée de la salle, diamètre, 3 cent. 1/2 ; complète, 26 mars 1898, à 11 h. 1/2 du matin.

Rupture des membranes spontanée, 11 heures du matin.

Liquide amniotique normal.

Présentation et position : Sommet O I G P. Engagement, excavation.

Battements du cœur fœtal normaux.

Terminaison : Date et heure, 26 mars 1898, à 2 h. 45 du soir ; mode artificiel, forceps au détroit inférieur ; position O P.

A terme.

Durée du travail : 17 h. 45. Cette femme présentait une très grande résistance du périnée ; de plus, vers la fin du travail, les contractions étaient peu fortes et devenaient moins

fréquentes. Le travail se prolongeant, on se décida à faire une application de forceps. Elle fut faite par M^{lle} Pariselle, interne du service, au détroit inférieur, en position O P.

État du périnée : Après l'accouchement, on constata qu'il existait une déchirure médiane, commençant à l'hymen et allant presque jusqu'aux fibres externes du sphincter anal. Après avoir fait l'aseptie de la plaie, les bords furent affrontés au moyen de trois serre-fines. On fit un pansement à la gaze iodoformée. Les serre fines furent enlevées 10 heures après et les bords de la plaie restèrent complètement accolés

Enfant. — Sexe masculin.

État : État général bon ; poids, 3050 gr. ; longueur, 50 centimètres.

Diamètres de la tête, O M 13,5 ; O F 12, 3 ; S O B 9,4 ; B P 9 ; B T 8.

La femme sort de l'hôpital le 14 avril 1898. Son périnée est redevenu normal.

OBSERVATION V

X... 29 ans, compositrice, primipare, entrée dans le service de M. Maygrier, le 12 avril 1898, à 9 h. 1/2 matin.

Conformation du bassin ?

Urine, très léger nuage d'albumine.

Apparition des premières douleurs, 11 avril 1898, à 8 h. 1/2 soir.

Entrée à la salle d'accouchement, 12 avril 1898, à 9 h. 35 matin.

Dilatation : à l'entrée dans la salle complète ; complète ?

Ruptures des membranes artificielles à l'arrivée.

Liquides amniotiques fortement mélangés de meconium.

Présentation et position, sommet O I D T.

Battement du cœur foetal irrégulier.

Terminaison : Date et heure, 12 avril 1898, à 10 heure du matin ; mode spontané à l'aide de la manœuvre de Retgœn ; Position O P.

Avant terme, 8 mois 1/2.

Durée du travail, 13 h. 1/2. Les battements du cœur foetal étant devenus irréguliers, on se décide à faire une application de forceps. Mais à ce moment, la femme fait quelques efforts d'expulsion plus prolongés et la tête se dégage. A ce moment, il n'y a pas de déchirures du périnée, on dégage les épaules et on constate une déchirure.

État du périnée après l'accouchement. — La déchirure n'est pas très profonde, elle commence à la partie inférieure de l'hymen, traverse la fosse naviculaire, la commissure postérieure et se dirige sur la ligne médiane vers le sphincter anal dont les fibres les plus externes semblent être atteintes. Après l'aseptie préalable on pose trois serre-fines pour affronter les bords de la plaie, et on recouvre le tout d'un pansement antiseptique à la gaze iodoformée. Dix heures après on enlève les serre-fines, et on constate que les bords sont parfaitement accolés.

Enfant. — Sexe masculin.

État général bon ; Poids, 2480 gr. ; Longueur 48.

Diamètre tête : O M 12,5 ; O f 11 ; S O B 9,5 ; B P 6 ; B T 8,2.

La femme sort le 26 août 1898, bon état général, état du périnée, normal.

OBSERVATION VI

P... 26 ans, culottière, primipare, entrée dans le service de M. Maygrier, le 7 avril 1898, à 9 h. matin

Conformation du bassin, angle accessible.

Urine albumineuse.

Apparition des premières douleurs, 7 avril 1898 à 2 h. soir.

Entrée à la salle d'accouchement, 7 avril 1898, à 6 h. 1/2 soir.

Dilatation : Entrée dans la salle, 1 cent. ; complète le 7 avril 1898, à 8 h. 45 soir.

Ruptures des membranes spontanées à 9 h. 10 soir.

Liquide amniotique normal.

Présentation position, sommet O I G T.

Battement cœur fœtal normaux.

Terminaison : Date, heure, 8 avril 1898, à 1 h. 25 matin ; mode artificiel, forceps au détroit inférieur ; position O P.

A terme

Durée du travail, 11 h. 25. A 8 h. 45 du soir, la dilatation est complète, la femme continue à avoir des douleurs, la rotation se fait mais la tête ne progresse pas, parce que le périnée ne se laisse pas distendre, à 1 h. 25 m. ou se décide à faire une application du forceps C'est alors que se produit une déchirure incomplète qui commence au niveau de l'hymen et qui s'étend, jusqu'au delà de la commissure postérieure, elle n'est pas très profonde, cependant elle nécessite l'emploi de trois serre fines après une asepsie préalable de la plaie. Le tout est recouvert d'un pansement à la gaze iodoforme. Dix heures après, on enlève les serre-fines, et les bords de la plaie restent parfaitement accolés.

Enfant. — Sexe masculin.

Etat général bon ; Poids 3240 gr. ; Longueur totale 44.

Diamètre tête : O M 12,5 ; O F 11,6 ; S O B 9,5 ; B P 9,3 ; B T 7,5.

Le 21 avril 1898, la femme sort de l'hôpital, son état général est bon, c'est à peine si on retrouve la trace de la déchirure du périnée.

OBSERVATION VII

F..., 31 ans, multipare, deuxième grossesse ; entrée dans le service de M. Maygrier, le 6 mai, 9 h. soir.

Conformation du bassin normale.

Urine normale.

Apparition des premières douleurs, 10 mai 1898, à 1 h. soir.

Entrée à la salle d'accouchement, 10 mai 1898, à 6 h 30 soir.

Dilatation : A l'entrée dans la salle, col presque effacé, perméable ; complète, 10 mai 1898, à 11 h. soir.

Rupture des membranes précoce, 10 mai, à 8 h. 45 soir.

Liquide amniotique brun rougeâtre très abondant, 2 litres environ.

Présentation et position siège mode des fesses S I D P eng. progressif.

Battements du cœur fœtal nuls.

Terminaison : Date, heure, 11 mai 1898, 12 h. 30 matin ; Mode, extraction. Moriceau.

Durée du travail, 11 h. 30.

Etat du périnée : Le périnée présente une légère déchirure commençant à la partie inférieure de l'hymen et allant un peu au delà de la commissure postérieure. Les bords sont affrontés avec deux serre-fines.

Enfant. — Sexe masculin :

Etat général, mort macéré ; poids, 2.000 grammes ; longueur totale.

A sa sortie, le périnée de cette femme s'étant très bien reformé il ne présente rien d'anormal.

OBSERVATION VIII

M..... 20 ans, primipare, entrée dans le service de M. Maygrier, le 30 avril 1898, à 10 heures soir.

Codformation du bassin, angle accessible au loin, bassin rétréci latéralement.

Urine normale.

Apparition des premières douleurs 1^{er} mai 1898, à 10 h. matin.

Entrée à la salle d'accouchement, 1^{er} mai 1898, à 11 h. 30 soir.

Dilatation : A l'entrée dans la salle, 2 cent. 1/2 ; complète 2 mai 1898 à 1 h. 45 matin.

Rupture des membranes prématurée, 1^{er} mai 1898, à 9 h, 45 matin.

Liquide amniotique normal.

Présentation et position, sommet O I D D.

Battement cœur fœtal normaux,

Terminaison : Date, heure, 2 mai 1898, à 2 h. 20 matin ; mode naturelle ; Position O P.

Avant terme, 8 m. 3 semaines.

Durée du travail, 16 h. 20. Le travail se produit normalement, les contractures sont bonnes. La tête se dégage sans déchirure, cependant on constate après l'accouchement une déchirure de la fourchette assez superficielle, qui s'était probablement produite au moment du dégagement des épaules.

Etat du périnée. — La déchirure est superficielle elle ne s'étend pas du tout du côté du vagin, et les bords sont facilement affrontés avec deux serre-fines après antisepsie préalable. On fait un pansement à la gaze iodoformée, dix heures après on enlève les serre-fines et les bords restent bien accolés.

Enfant. — Sexe masculin.

État général bon ; Poids. 2680 gr. ; long. totale, 47.

Diamètre tête : O F 12,4 ; O F 11,6 ; S O B 8,5 ; B P 8,6 ;
B T 7,7.

OBSERVATION IX (Personnelle).

L. . . , 25 ans, primipare, entrée dans le service de M. Maygrier, le 1^{er} mai 1898.

Conformation du bassin.

Urine normale.

Apparition des premières douleurs, 22 juin 1898 à 11 heures du matin.

Entrée à la salle d'accouchement, 12 juin 1898, à 4 h. 15 du soir.

Dilatation :

A l'entrée salle, 3 cent. $1/2$; Complète, 22 juin 1898, à 5 h. 30 soir.

Rupture des membranes artificielles, à 5 h. 30 soir.

Liquide ammotique.

Présentation : position sommet O J G A.

Battements du cœur fœtal normaux.

Terminaison :

Date et heure 22 juin 1898 à 8 h. soir ; Mode forceps O P ;
Position O P.

A terme.

Durée du travail 9 heures. La femme présentant une grande résistance du périnée en même temps que de l'inertie utérine, on se prépare à appliquer le forceps. Mais à la suite d'une contraction plus violente, la tête se dégage d'elle-même.

Etat du Périnée. — On constate après l'accouchement une déchirure du périnée commençant à l'orifice externe du vagin et s'étendant deux centimètres en arrière de la commissure postérieure. Deux serre-fines suffisent à affronter les bords de la plaie, qui au bout de douze heures, restent parfaitement accolés. Il existait aussi une éraillure de la partie inférieure des grandes lèvres passée inaperçue au moment de l'accouchement. Nous venons de revoir cette femme, cinq jours après son accouchement, or nous avons constaté qu'il ne restait presque plus trace de la déchirure du périnée, mais qu'au contraire les bords des éraillures des grandes lèvres sur lesquelles on n'avait pas posé de serre-fines

Enfant. — Sexe masculin !

Etat général bon ; Poids 2430 gr. ; Longueur totale 48.

Diamètre tête. — O M 13 ; O F 11,5 ; S O B 9 ; B P 8,7 ; B T 7,7.

OBSERVATION X (Personnelle).

B. ., 19 ans. domestique, primipare, rentrée dans le service de M. le Dr Maygrier, le 25 juin 1898, 7 heures et demie matin.

Conformation du bassin normale.

Urine normale.

Apparition des premières douleurs, le 24 juin 6 heures du soir.

Entrée à la salle d'accouchement le 25 juin, 8 heures du matin.

Dilatation :

A l'entrée dans la salle, 3 cent. et demie; Complète le 25 juin à 9 h. 35 matin.

Rupture des membranes, le 25 juin à 9 h. matin.

Liquide amniotique normal.

Présentation position sommet O J D P.

Battements cœur fœtal normaux.

Terminaison :

Date et heure, le 25 juin à 10 h. 1/2 matin.

Mode spontané; Position O P.

A terme.

Durée du travail 16 heures et demie. Le travail n'a rien eu d'anormal la femme avait des contractions assez énergiques on ne s'est aperçu de l'existence d'une petite déchirure, qu'après l'accouchement.

État du périnée : La déchirure s'étend peu au delà de la conissure postérieure; deux serre-fines suffisent à en affronter les bords qui au bout de 12 heures restent parfaitement accolés. Nous venons de revoir le périnée, trois jours après l'accouchement et nous avons constaté que la cicatrice quoique récente était visible.

Enfant. — Sexe masculin :

État général bon; longueur 49; poids 3250 gr.

Diamètre tête : O M 14; O F 12; S O B 9 1/2; B P 9; BT 8.

OBSERVATION XI (personnelle).

Madame M..., âgée de 33 ans. Passementière. Multipare, 3^e grossesse.

Entrée dans le service le 23 juin 1898 à 6 h. 45 du soir.

Conformation du bassin normale.

Urine normale.

Apparition des premières douleurs : 23 juin 1898 à 3 heures matin.

Entrée à la salle d'accouchement : 23 juin 1898 à 1 heure soir.

Dilatation :

A l'entrée dans la salle : deux francs.

Complète : 23 juin 1898 à 8 h. 55 soir.

Rupture des membranes prématurée en ville le 23 juin 1898 à 2 heures soir.

Liquide amniotique :

Présentation et position : sommet O I G A.

Battements du cœur fœtal normaux :

Terminaison :

23 juin 1898, 9 h. 10 soir; mode spontané; Position : O P.

A terme.

Durée du travail 18 h. 10.

Le travail s'est effectué normalement et nous n'avons rien eu de particulier pendant toute sa durée, si ce n'est que la femme présentait une cicatrice vicieuse venant d'une déchirure antérieure du périnée.

Etat du périnée : Après l'accouchement on a constaté une déchirure médiane intéressant la commissure postérieure et se dirigeant du côté de l'anus sur une longueur de 2 cent 1/2. On ne trouve rien du côté du vagin. Deux serre fines enlevées au bout de 12 heures ont suffi à bien accoler les bords de la déchirure. Nous venons de revoir cette femme encore dans le service. Chez elle le résultat n'est pas aussi beau que dans les observations précédente, parce que l'on retrouve encore la trace de la déchirure vicieuse antérieure; il est cependant très satisfaisant.

Enfant. — Sexe masculin.

Etat physique :

Etat général bon; poids 3650; longueur 52.

Diamètre de la tête : O M 1,5; OF 12,7; SOB 9,6;
BP 9,4; BT 7,7.

Conclusions

1° Parmi les déchirures du périnée que l'on observe après l'accouchement, les déchirures incomplètes sont les plus fréquentes. C'est donc de leur traitement que l'accoucheur aura le plus souvent à se préoccuper ;

2° Ces déchirures ne demandent la plupart du temps qu'à se réunir, mais il est du devoir de l'accoucheur de diriger la réunion des bords de la plaie, afin d'éviter les conséquences fâcheuses qui pourraient survenir : d'une part, aussitôt après l'accouchement en créant une porte d'entrée à l'infection ; d'autre part, en donnant lieu à une cicatrisation vicieuse qui ne serait pas sans inconvénients dans l'avenir ;

3° Nous pensons que parmi les moyens employés pour réunir les bords des déchirures incomplètes du périnée, et nous ajouterons les bords des déchirures des petites et des grandes lèvres, l'emploi des serre-fines doit être considéré comme le procédé de choix dans la presque totalité des cas ;

4° Toutes les fois que nous nous sommes servis des serre-fines le résultat obtenu a toujours été excellent, même dans les déchirures centrales du périnée. Nous ne leur connaissons qu'une seule contre-indication :

nous voulons parler des cas où les bords de la plaie ne peuvent s'affronter facilement. C'est alors seulement que l'on aura recours à la périnéoraphie qui doit être réservée pour les déchirures complètes.

Vu : par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : par le Président,
BUDIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Budin.* — (Progrès médical 1819).
Tarnier et Chandreuil. — (Traité d'accouchement).
Duncan. — (Paper ou feinal périnum 1879).
Tarnier. — (Annales de gynécologie 1882).
Boissard — (Thèse 1884).
Charpentier. — (Archives de tocologie 1884, p. 763).
Budin. — (Progrès médical 1885).
Budin — (Obstétrique et gynécologie 1886).
Bar. — (Journal de médecine de Paris, 1888).
Dobris. — (Procédé nouveau de colpopérinéoraphie dans les déchirures complètes du périnée et de la cloison recto-vaginale) (Revue d'obs. et de gynécologie, Paris, 1891).
Bonnaire. — (Du périnée obst. Ampliation physiologique et effraction, Paris 1891).
Boissard. — (Nouv. serre-fines lobstétrique, mars 1896).
Dictionnaire de médecine Dechambre.
-

Table.

I ^o Introduction.....	7
II. Causes et mécanisme des déchirures incomplètes du périnée.....	9
III. Diverses formes des déchirures incomplètes du périnée.	15
IV. Complications consécutives à ces déchirures	20
V. Du traitement des déchirures incomplètes et récentes du périnée.....	24
VI. Les Serre-fines	29
VII. Soins à donner aux déchirures incomplètes du périnée réunies par des serre-fines.....	33
VIII. Observations	35
IX. Conclusions.....	50
X. Index bibliographique.....	52

